



RELAZIONE PER GLI STAKEHOLDERS

2020





1. Introduzione

L'anno 2020 ha visto la completa applicazione del sistema di gestione integrato che è sempre di più lo strumento per gestire in modo efficace ed efficiente i modelli organizzativi sviluppati per la conformità a:

L.R. 22/02 Autorizzazione all'esercizio e accreditamento

Legge sul Trattamento dei dati

D.lgs. 231/01 Responsabilità amministrativa degli enti.

L'anno 2020 ha visto anche il proseguimento del processo di adeguamento ai nuovi requisiti di accreditamento istituzionale e per l'autorizzazione all'esercizio, processo iniziato nel 2017. I nuovi requisiti sono stati armonizzati al sistema di gestione esistente.

L'introduzione dell'Analisi del rischio, secondo lo standard definito dalla Norma ISO 31000, come metodo unico per tutti i modelli organizzativi di cui sopra ha avuto l'obiettivo di definire le migliori procedure possibili del Sistema di Gestione Integrato.

Il presente riesame vuole portare a conoscenza degli stakeholder di CFKT i risultati riferibili all'anno 2020 prodotti dal sistema di gestione integrato.

Stakeholder di riferimento:

Istituzioni

Soci

Resp. della struttura (tutte le sedi)

Il Riesame della Direzione è redatto con la collaborazione di:

Direzione Generale

Resp. amministrativo

Direttore Sanitario

RGQ

RSP

.

2. Politica della qualità

La Direzione Generale ritiene che il successo nel lungo periodo delle attività erogate dai propri Centri dipenda da una parte dal soddisfare le aspettative degli utenti che vi si rivolgono, attraverso una qualità sempre più elevata delle prestazioni erogate, dall'altra attivare modalità di coinvolgimento e valorizzazione della risorse umane all'interno di un sistema di lavoro ben organizzato e legato ai principi di sicurezza e salubrità del luogo di lavoro.

La politica dell'organizzazione di CFKT è strutturata e sviluppata in coerenza con le disposizioni e leggi che regolamentano il Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, e vede nel coinvolgimento attivo dei pazienti un elemento fondamentale per il miglioramento continuo delle proprie attività.

CFKT nell'organizzazione delle proprie procedure interne e relativa implementazione adotta in particolare un sistema di gestione qualità conforme alla norma ISO 9001.

Il sistema seguito è quello del Miglioramento Continuo definito come "Plan – Do – Check – Act" che si avvale di input derivanti direttamente dagli stakeholder di riferimento al fine di implementare IDL, Modulistica e Procedure.





CFKT si impegna a garantire il pieno rispetto della normativa e degli standard relativi ai suddetti ambiti attraverso l'applicazione del sistema gestione qualità.

Il Sistema Qualità si basa sull'integrazione di tutte le Funzioni Aziendali in modo da realizzare una stretta collaborazione fra tutte le componenti atte ad ottenere il miglioramento delle prestazioni erogate ed una maggior efficienza interna.

La Direzione è pertanto impegnata in programmi che, attraverso la sinergia delle Funzioni Aziendali, raggiungano la finalità di:

- **eticità**, da intendersi sia come eticità morale, che come correttezza sanitaria dell'operato;
- **know-how**, cioè disponibilità interna documentabile delle conoscenze scientifiche necessarie;
- **capacità**, cioè disponibilità di mezzi e risorse umane per lo svolgimento dell'attività
- **monitoraggio delle performance** aziendali ritenute fondamentali mediante appropriati indici di monitoraggio statistici definiti e controllati.

3. La mission aziendale

Da sempre la **Mission di CFKT** ha un unico grande obiettivo: la centralità del Paziente, della sua salute e dei suoi diritti. Da oltre cinquant'anni infatti, CFKT continua ad offrire i propri servizi con questo spirito, professionalità e attenzione verso i propri Pazienti, avvalendosi dall'anno 2007 di un sistema di gestione della qualità dei servizi certificato ISO 9001. Inoltre da marzo del 2016 la società si è anche dotata di un modello di organizzazione secondo il D.lgs. 231/01 per la minimizzazione dei rischi relativi ai reati presupposto definiti dalla legge stessa.

Tutto ciò, unito ad un costante aggiornamento delle competenze di tutti gli operatori e delle tecnologie e strumentazioni mediche utilizzate, ha contribuito a fare di CFKT un punto di riferimento di primaria importanza sia per i Cittadini che per le Aziende Sanitarie Locali del territorio, con cui opera in sinergia partecipando attivamente ai loro Dipartimenti funzionali di Riabilitazione, con l'adozione anche di specifici PDTA Aziendali.





5. Modalità di gestione del rischio e incident report

5.1 La nostra metodologia nella valutazione del rischio

L'incipit per l'analisi dei rischi viene fornito dalla direzione attraverso la **Vision**, declinata nella **Mission** e, da questa, la definizione dei **"macro"obiettivi** (es. controllo del rischio clinico, obiettivi qualità, ecc.). Gli obiettivi della direzione vengono pertanto segmentati in **obiettivi secondari** che vengono assegnati a singole aree per l'identificazione dei processi coinvolti e, quindi, delle figure coinvolte (in primis i responsabili del processo). Il **focus** degli obiettivi è rappresentato essenzialmente dalla conformità legislativa quando si parla di cogenza, dalla minimizzazione e gestione del rischio, quando si parla di rischio clinico o dalla conformità alla norma ad adesione volontaria quando si tratta dei **sistemi di gestione**.

Seguendo la definizione di rischio dello standard fornita dalla **UNI ISO 31000** (*effetto di incertezza sugli obiettivi*), stabiliti gli obiettivi secondari, vengono analizzati i rischi afferenti tali ambiti. Il modus operandi è identico per ciascuno degli ambiti che vengono analizzati tramite l'uso della metodologia **FMEA** – metodologia indicata come opportuna dal legislatore Regionale.

Conseguentemente all'analisi viene utilizzata una matrice del rischio (**Indice di priorità del rischio**) per una stima del rischio e per una analisi delle potenziali modalità di intervento per la sua riduzione/eliminazione.

Che cosa significa utilizzare il metodo FMEA – Il metodo FMEA (Failure mode and effect analysis) è uno strumento per la gestione del rischio per la riduzione degli errori all'interno delle strutture sanitarie, la sua funzione si concretizza nell'individuazione e nella prevenzione dei problemi che si potrebbero verificare sui servizi e sui processi. Il metodo FMEA conduce una analisi di tipo qualitativo volta ad identificare quello che potrebbe succedere se si verificasse un difetto, un errore o un'omissione.

5.2 Gestione degli incident report

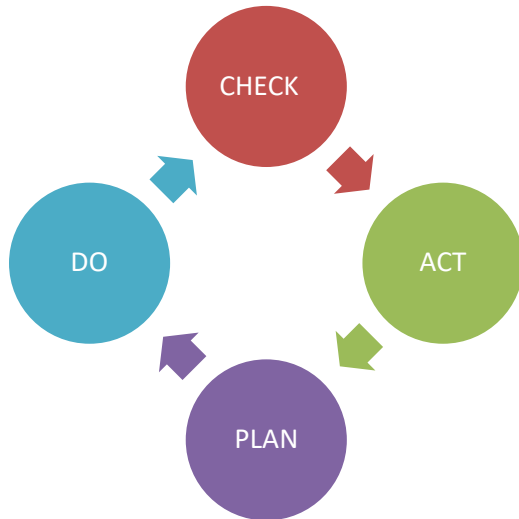
Con cadenza semestrale la procedura di gestione del rischio con metodo FMEA subisce una revisione per verificare l'effettiva efficienza ed efficacia in relazione alle misure di prevenzione e protezione che sono state realizzate. L'attività di valutazione dei rischi e la sua revisione consentono quindi di eseguire il monitoraggio degli obiettivi e il conseguimento del miglioramento continuo secondo il modello PDCA; il monitoraggio ed il miglioramento continuo agiscono dunque in modo simbiotico, così come illustrato nel grafico seguente.





Schema gestione flussi informativi per favorire il continuo miglioramento





Legenda:

- T.R: titolare del rischio
- U.Q.: ufficio qualità
- RGQ: responsabile qualità
- P.G.R.: piano di gestione del rischio
- A.C: azione correttiva
- A.P.: azione preventiva

Incident Report

Azioni correttive	Data di apertura	Data azione attuata	Esito verifica eff. Pos. Neg
<ul style="list-style-type: none">• Adozione misure di prevenzione e protezione per rischio di contagio COVID-19	9/03/2020	09/03/2020	Pos da monitorare
Azioni preventive	Data di apertura	Data azione attuata	Esito verifica eff. Pos. Neg
<ul style="list-style-type: none">• Adottata corretta cartellonistica e applicarla nei punti corretti.• Adottata armadietti con divisione interna o raddoppiarne la dotazione in modo che il dipendente possa dividere vestiario pulito e sporco.	9/04/2020	10/04/2020	Pos da monitorare

Incident report:

N. 3 incident report chiusi positivamente come riportato nella precedente tabella AC/AP.





4. Modalità di gestione del reclamo – URP

La gestione del reclamo è affidata all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP). Il reclamo è considerato un elemento che contribuisce al processo di continuo miglioramento pertanto la sua presa in carico agisce su due fronti principalmente:

1. Verso il paziente, a cui viene prestato l'ascolto del caso in modo tale da recepire al meglio le precise necessità. Si è rilevato, nel tempo, che una parte dei pazienti non ritiene, per propria scelta, di compilare l'apposito modulo di reclamo (disponibile presso le accettazioni di tutte le strutture) e comunicare a voce le proprie considerazioni. In questo caso il personale presente e adeguatamente formato, in spazi che possano garantire la riservatezza (ufficio URP) registrano il reclamo per il paziente. Al fine di analizzare in modo idoneo la fattispecie, qualora il problema non si possa risolvere immediatamente, si chiede al paziente di indicare i propri dati di contatto in modo da poter comunicare allo stesso paziente le modalità di risoluzione che l'organizzazione ha conseguentemente all'istanza, intrapreso.
2. Verso l'organizzazione interna, infatti dopo aver ricevuto il reclamo, o registrato il reclamo per il paziente, il personale dell'URP (tale personale è rappresentato da operatori della segreteria che hanno ricevuto un'apposita formazione per la gestione del reclamo) invia il modulo al responsabile per la gestione della qualità il quale, dopo una fase di analisi, sottopone il reclamo stesso al responsabile dell'ambito di riferimento (direttore sanitario, direttore generale o responsabile di processo a seconda della gravità). In tal modo, insieme a figure tecniche e figure responsabili del processo coinvolto, viene definita la soluzione migliore sia in risposta al paziente che al miglioramento del sistema organizzativo al fine di minimizzare la possibilità che il problema si ripresenti.

La metodologia, al fine di assicurare un trattamento sistematico e ben definito del reclamo, oltre ad una consapevolezza e conoscenza della procedura da parte del personale, è quella seguita anche per il trattamento dell'incident report (si veda il punto 4).

5. Gestione reclami anno 2018

Nell'anno 2020 si sono registrati n. 3 reclami da parte degli utenti. Gli ambiti di reclamo sono inerenti a:

Reclamo	Sede	Ambito	stato
1/2020	Portogruaro	Visita non soddisfacente	Chiuso positivamente
2/2020	Treviso	Condizioni di esecuzione della terapia ritenute inadeguate	Chiuso positivamente
3/2020	Treviso	Comportamento del fisioterapista	Chiuso positivamente





6. Customer satisfaction anno 2020

I questionari di soddisfazione degli utenti non sono stati consegnati nel 2020 a causa delle restrizioni comportamentali (distanziamento sociale, permanenza limitata in struttura) per l'emergenza COVID-19, per limitare lo scambio di materiale cartaceo, possibile veicolo di contagio del virus.

La Direzione sta valutando le modalità di introduzione di un questionario di soddisfazione dell'utenza compilabile dal personale CFKT oppure dagli utenti online.

7. Audit interni e di terza parte

8. AUDIT: Elenco audit anno 2020

Processi da sottoporre a verifica (o argomento della visita) ¹	Obiettivo dell'audit	Responsabile di processo/area	Pianificata per (data/ora)
Processo 1 POI 1.1 Direzione TUTTE LE SEDI	Valutazione conformità Sistema di gestione integrato_ L. 231	DG	Settembre 2020
Processo 1 e 2 POI 3.3 POI 1.1 POI 2.2 Direzione sanitaria TREVISO, MOGLIANO	Valutazione conformità Sistema di gestione integrato_ L. 231_Audit clinico	DS	Settembre 2020
Processo 1 e 2 POI 3.3 POI 1.1 POI 2.2 - Direzione sanitaria JESOLO, PORTTOGRUARO	Valutazione conformità Sistema di gestione integrato_ L. 231_Audit clinico	DS	Settembre 2020
Processo 2 POI 2.1 Risorse Umane, POI 2.2 Pazienti, POI 2.3 Fornitori TREVISO	Valutazione conformità Sistema di gestione integrato _ L. 231	DG, DS, RGQ	Settembre 2020
Processo 2 POI 2.1 Risorse Umane, POI 2.2 Pazienti, POI 2.3 Fornitori MOGLIANO	Valutazione conformità Sistema di gestione integrato _ L. 231	DG, DS, RGQ	Settembre 2020
Processo 2 POI 2.1 Risorse Umane, POI 2.2 Pazienti, POI 2.3 Fornitori JESOLO, PORTTOGRUARO	Valutazione conformità Sistema di gestione integrato _ L. 231	DG, DS, RGQ	Settembre 2020
Processo 3 procedura 3.6, 3.7 Gestione reparti, ambienti, attrezzature e farmaci e personale TREVISO	Valutazione conformità Sistema di gestione integrato	DS	Settembre 2020
Processo 3 procedura 3.6, 3.7 Gestione reparti, ambienti, attrezzature e farmaci e personale MOGLIANO	Valutazione conformità Sistema di gestione integrato	DS	Settembre 2020

¹ Devono essere ispezionati tutti i processi applicati almeno una volta all'anno; fare riferimento alla tabella dei processi riportata nella Mappatura dei Processi Aziendali





Processi da sottoporre a verifica (o argomento della visita) ¹	Obiettivo dell'audit	Responsabile di processo/area	Pianificata per (data/ora)
Processo 3 procedura 3.6, 3.7 Gestione reparti, ambienti, attrezzature e farmaci e personale JESOLO, PORTOGRUARO	Valutazione conformità Sistema di gestione integrato	DS	Settembre 2020
Processo 3 e 5 Procedura 3.1, 3.2, 5.2 Segreteria, privacy, amministrazione TREVISO	Valutazione conformità Sistema di gestione integrato	DG, DS	Settembre 2020
Processo 3 e 5 Procedura 3.1, 3.2, 5.2 Segreteria, privacy, amministrazione MOGLIANO, JESOLO, PORTOGRUARO	Valutazione conformità Sistema di gestione integrato	DG, DS	Settembre 2020
Processo 3 POI 3.3, POI 3.4 Visita fisiatrica e Fisioterapia (terapie e visita) TREVISO	Valutazione conformità Sistema di gestione integrato	DS	Settembre 2020
Processo 3 POI 3.3, POI 3.4 Visita fisiatrica e Fisioterapia (terapie e visita) MOGLIANO, JESOLO, PORTOGRUARO	Valutazione conformità Sistema di gestione integrato	DS	Settembre 2020
Processi 4 e 6 – TUTTE LE SEDI	Valutazione conformità Sistema di gestione integrato	DS, DG, RGQ	Settembre 2020
Tutti i processi - Treviso	Applicazione norme emergenza sanitaria COVID-19	DS, DG, RGQ	Settembre 2020

3.1 Obiettivi 2021

N°	Descrizione obiettivo	Metodologia di raggiungimento	Risorse investite
1	Definizione dei PDTA	Chiudere AP	RGQ, DS, Consulente esterno, fornitore S.I.
2	Consolidamento del sistema di gestione delle informazioni (compreso incident report)	Sensibilizzare il personale in merito	RGQ
3	Conformità ai requisiti autorizzativi e di accreditamento istituzionale	Adeguamento del SG Integrato	RGQ, Consulente esterno
4	Adozione e implementazione del software Medicare	Pianificazione delle attività	RGQ, fornitore S.I.
5	Recupero perdite di fatturato a causa della pandemia COVID-19	Aumento numero di visite rispetto al 2020, ripresa della programmazione degli appuntamenti di rieducazione funzionale associata in palestra	Coordinatore personale fisioterapista
6	Rinnovo autorizzazione all'es. sede di Mogliano Veneto, rinnovo accreditamento istituz. della sede di Portogruaro	Mantenimento dell'aggiornamento del Sistema di gestione e dei requisiti cogenti	RGQ, Consulente esterno, DG, DS

